

VÅRDUTVECKLINGSPLAN för distriktssköterskor

SÄKER LÄKEMEDELSANVÄNDNING FÖR ÄLDRE I PRIMÄRVÅRDEN

Oktober 2013

FÖRFATTARE

ANNICA LAGERIN,
PEDAGOGISK SAMORDNARE, LILJEHOLMENS AKADEMISKA VÅRDCENTRAL
DISTRIKTSSKÖTERSKA, GRÖNDALS VÅRDCENTRAL

HANNA VIDSTEN,
KOORDINATOR FÖR OMVÅRDNAD VISS
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN, SEM
DISTRIKTSSKÖTERSKA, FARSTA HEMSJUKVÅRD

BIRGITTA FLOOD-ÅSBERG,
VÅRDUTVECKLINGSLEDARE, CENTRUM FÖR ALLMÄNMEICIN
DISTRIKTSSKÖTERSKA SICKLA HÄLSOCENTER

CHRISTEL WISDHAL,
DISTRIKTSSKÖTERSKA, VERKSAMHETSCHEF,
GRÖNDALS OCH LISEBERGS VÅRDCENTRAL

ANN JOHANSSON,
DISTRIKTSSKÖTERSKA, CENTRUM FÖR ALLMÄNMEICIN
ÄLDREFÖRVALTNINGEN STOCKHOLMS STAD

LENA TÖRNKVIST,
DISTRIKTSSKÖTERSKA, VÅRDUTVECKLINGSCHEF
CENTRUM FÖR ALLMÄNMEICIN

Vad är en vårdutvecklingsplan?

- En vårdutvecklingsplan är ett förbättringsverktyg som omfattar viktiga kvalitetssäkringsområden.
- En vårdutvecklingsplan består av struktur (vilka förutsättningar som behövs t ex i form av kompetens och hjälpmedel), process (hur man ska arbeta) och resultat (vad som ska uppnås för patienten – utifrån ett patientperspektiv). Den består också av mått kopplat till struktur, process och resultat.
- För vårdpersonal bidrar planen till att konkretisera vilka förutsättningar och arbetssätt som behövs för att uppnå ett kvalitetsmål t ex att patienter med astma skall uppleva astmakontroll, i vilken grad kvalitetskriterier är uppfyllda, vad som behöver åtgärdas och vilket specifikt stöd som kan behövas.
- För vårdutvecklingsledare bidrar de till att samla evidensbaserad kunskap, relevant för en målgrupp i ett visst sammanhang, att avgränsa ett uppdrag och att tydliggöra vad fortbildningsaktiviteter ska fokusera på. Den stödjer även arbetet med att mäta, värdera, identifiera brister och göra åtgärdsplaner tillsammans med vårdpersonal samt kvalitetssäkra ett ämnes-/problemområde.
- En vårdutvecklingsplan tas fram av en utsedd arbetsgrupp med bl a vårdutvecklingsledare, vårdpersonal, specialister. Det skall även finnas en referensgrupp med viktiga samarbetspartners. Underlaget utgörs av bl a SBU-rapporter, Socialstyrelsens riktlinjer, lagar och förordningar, vårdprogram samt forskning. Flera pilottestningar görs i primärvården av deltagare i arbetsgrupp med flera innan implementering sker.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|---|---|
| SÄKER LÄKEMEDELSANVÄNDNING BLAND ÄLDRE I PRIMÄRVÅRDEN | 4 |
| Sammanfattning | 4 |
| Inledning..... | 5 |
| vårdutvecklingsplan - översikt..... | 5 |
| Struktur (Vad behövs) | 6 |
| Adekvat kunskap och fortbildning..... | 6 |
| Hjälpmedel..... | 6 |
| Riktlinjer vid journalföring | 7 |
| Strukturmått | 7 |
| Process (Hur behöver distriktssköterskan arbeta)..... | 7 |
| Processmått..... | 8 |
| Resultat (Vad som behöver uppnås för patienten/den äldre) | 8 |
| Resultatmått..... | 8 |
| Referenser..... | 9 |
| Bilaga 1: Läkemedelsbehandling av äldre och sjuksköterskans funktion..... | 11 |
| Bilaga 2: SMA [®] Safe Medication Assessment | Fel! Bokmärket är inte definierat. |
| Bilaga 3: Manual för SMA [®] Safe Medication Assessment- | Fel! Bokmärket är inte definierat. |
| Bilaga 4: Åtgärdslista..... | Fel! Bokmärket är inte definierat. |
| Bilaga 5: Förslag på omvårdnadsdiagnoser NANDA. | Fel! Bokmärket är inte definierat. |

SÄKER LÄKEMEDELSANVÄNDNING BLAND ÄLDRE I PRIMÄRVÅRDEN

SAMMANFATTNING

Läkemedelsrelaterade problem hos äldre orsakar onödigt lidande för individen och höga kostnader för samhället. Äldres läkemedelsbehandling är ofta komplex och det finns många faktorer som kan göra den osäker. Denna vårdutvecklingsplan har tagits fram för att stödja dig som distriktssköterska i kvalitetssäkringsarbetet av äldres läkemedelsanvändning.

För att bidra till en säker läkemedelsanvändning bland äldre i primärvården behövs vissa förutsättningar. Du behöver ha relevant kunskap i farmakologisk omvårdnad. Du behöver också kunna använda lämpliga hjälpmedel för bedömning av den äldres läkemedelsanvändning, njurfunktion och risk för interaktioner. Vårdutvecklingsplanen ger dig vägledning vad gäller detta. Det ingår även en lista med förslag på omvårdnadsåtgärder som är möjliga för dig som distriktssköterska att vidta.



När förutsättningarna enligt ovan är uppfyllda kan du arbeta målinriktat med att identifiera och åtgärda riskfaktorer samt följa upp den äldres läkemedelsanvändning. Du kan också använda dig av de mått som finns förslaget på i vårdutvecklingsplanen för att kontrollera att kvalitetssäkringsarbetet är på väg åt rätt håll. Sammantaget förväntas detta bidra till att den äldre får en säker läkemedelsanvändning alternativt förbättrade förutsättningar för en säker läkemedelsanvändning.

INLEDNING

Läkemedelsrelaterade problem hos äldre orsakar onödigt lidande och kostar samhället miljardbelopp varje år (SBU 2009). En allvarlig konsekvens av äldres läkemedelsbehandling är att cirka 10-30 procent av akuta inläggningar av äldre på sjukhus beror på läkemedelsbiverkningar (Socialstyrelsen 2011). Distriktssköterskan möter ofta äldre och har en unik möjlighet att identifiera läkemedelsrelaterade problem. Det kan t ex handla om bristande kunskap och följsamhet samt biverkningar och interaktioner, faktorer som distriktssköterskan på olika sätt kan åtgärda. För att kvalitetssäkra läkemedelsanvändningen bland äldre utifrån ett omvårdnadsperspektiv behöver vissa förutsättningar vara uppfyllda och det krävs ett specifikt arbetssätt, se nedan översikt samt mer detaljerad beskrivning i text.

VÅRDUTVECKLINGSPLAN - ÖVERSIKT

Kvalitetsmål: Säker läkemedelsanvändning bland patienter/äldre i primärvården

| STRUKTUR Vad behövs | PROCESS Hur behöver distriktssköterskan arbeta | RESULTAT Vad behöver uppnås |
|---|---|--|
| <p>Distriktssköterskor/du har: Adekvat kunskap i farmako-logisk omvårdnad och möjlighet till fortbildning.</p> <p>Hjälpmedel/verktyg</p> <ul style="list-style-type: none"> för riskbedömning av läkemedelsanvändningen - SMA® för bedömning av njurfunktion för bedömning av risk för interaktioner för förslag på åtgärder- Åtgärdslista <p>Riktlinjer för journalföring</p> <ul style="list-style-type: none"> ex Prim VIPS Omvårdnadsdiagnoser NANDA | <p>Distriktssköterskor/du:</p> <ul style="list-style-type: none"> förebygger, identifierar och åtgärdar riskfaktorer följer upp den äldres läkemedelsanvändning med hjälp av SMA®, verktyg för bedömning av njurfunktion och risk för interaktioner samt åtgärdslistan samverkar och kommunicerar med patientansvarig läkare samt annan berörd personal tillämpar riktlinjer för journalföring | <p>Patienter/äldre:</p> <ul style="list-style-type: none"> upplever adekvat kunskap om sina läkemedel (undantaget patienter/äldre med kognitiv svikt eller demenssjukdom) upplever sig nöjd med sin läkemedelsbehandling |
| Strukturmått | Processmått (du kan välja ett eller flera mått) | Resultatmått (du kan välja ett eller flera mått) |
| <p>Har distriktssköterskor på arbetsplatsen alternativt du (ja/nej):</p> <ul style="list-style-type: none"> adekvat kunskap om säker läkemedelsanvändning? möjlighet till kontinuerlig fortbildning inom området farmakologisk omvårdnad? tillgång till SMA, verktyg för bedömning av njurfunktion, verktyg för bedömning av risk för interaktioner samt för förslag på åtgärder -åtgärdslista? riktlinjer för journalföring? | <p>Andel patienter/äldre med läkemedelsbehandling som fått:</p> <ul style="list-style-type: none"> SMA® -riskbedömning?* åtgärder relaterade till identifierade risker? bedömning av njurfunktion? bedömning av risk för interaktioner? <p>Andel patienter/äldre</p> <ul style="list-style-type: none"> med säker läkemedelsanvändning* med färre riskfaktorer vid en uppföljande SMA® bedömning dvs. bättre förutsättningar för en säker läkemedelsanvändning. | <p>Andel patienter/äldre som (alternativt direkt fråga till patienten, ja/nej)</p> <ul style="list-style-type: none"> upplever adekvat kunskap om sina läkemedel (undantaget patienter/äldre med kognitiv svikt eller demenssjukdom) är nöjda med sin läkemedelsbehandling |

* definiera målgrupp t ex patienter inskrivna i hemsjukvården, patienter utskrivna från sjukhus, 75-åringar i samband med hälsosamtal.

STRUKTUR (VAD BEHÖVS)

Förutsättningar för att uppnå ett mål benämns i kvalitetssammanhang ofta för struktur. Viktiga förutsättningar för säker läkemedelsanvändning bland äldre är att distriktssköterskor har adekvat kunskap i farmakologisk omvårdnad och kan använda lämpliga hjälpmedel dvs: SMA[®] – Safe Medication Assessment för bedömning av hur säker läkemedelsanvändningen är samt för bedömning av njurfunktion och risk för interaktioner. Det behövs även en medvetenhet om den mängd åtgärder som är möjliga att vidta som distriktssköterska. Som stöd för detta arbete finns en åtgärdslista framtagen. Därtill behövs riktlinjer för bl a journalföring av de riskfaktorer som identifierats vid SMA[®]-bedömningen, för åtgärder samt för den totala poängsumman (vilken visar i vilken grad det finns en risk för en osäker läkemedelsanvändning).

ADEKVAT KUNSKAP OCH FORTBILDNING

Distriktssköterskor behöver kunna:

- förebygga, identifiera, åtgärda samt följa upp riskfaktorer vid en osäker läkemedelsanvändning
- dokumentera på ett strukturerat sätt i patientens journal
- ge den äldre ett pedagogiskt och individuellt anpassat stöd för att i så stor utsträckning som möjligt ha eget ansvar och kontroll över sin läkemedelsbehandling

Adekvat kunskap och fortbildning kan fås genom att distriktssköterskor tar del av CeFAMs utbildningsaktiviteter. För mer faktakunskap om läkemedelsbehandling av äldre se bilaga 1. Se även: boken "Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad", Svensk sjuksköterskeförening, Gothia förlag 2013. Kapitel: Kvalitetsindikatorer för att identifiera och följa upp patienter med läkemedelsrelaterade problem och artikeln "District nurses' use for an assessment tool in their daily work with elderly patients' medication management"(Gusdal AK, Beckman C, Wahlström R, Törnkvist L). Scand J Public Health. 2011 Jun;39(4):354-60.

HJÄLPMEDEL

Verktyg för riskbedömning av läkemedelsanvändningen - SMA[®]

Med hjälp av SMA[®] görs en systematisk bedömning av hur säker en patients läkemedelsanvändning är. SMA[®] finner du i bilaga 2 och manual i bilaga 3.

Verktyg för bedömning av njurfunktion

Uträkning av kreatininclearance (glomerulär filtrationshastighet) är en vanlig metod för bedömning av njurfunktion. Verktyg för uträkning av kreatininclearance finns på www.fass.se och www.infektion.net. Det finns även lokala verktyg som t ex NjuRen. Vid en fullgod njurfunktion ligger hastigheten på över 90 ml/minut medan hastigheter mellan 30-90 ml/minut bedöms som nedsatt njurfunktion och är mycket vanliga hos äldre. Vid kraftigt nedsatt njurfunktion ligger hastigheten på under 30 ml/minut.

Verktyg för bedömning av risk för interaktioner

Verktyg för bedömning av risk för interaktioner finns på www.janusinfo.se.

Läkemedelskombinationer som kan leda till interaktioner av klinisk betydelse klassas i FASS som C- eller D-interaktioner. Dessa kan kräva dosanpassning eller bör undvikas (Kragh, 2005). Läkemedel kan också samverka genom summaeffekter (additiva effekter) dvs. effekten av flera preparat med samma verkan summeras och förstärks. Dessa effekter är vanliga hos äldre och därför viktiga att beakta (Fastbom, 2006).

Åtgärdslista

För förslag på omvårdnadsåtgärder i samband med läkemedelsanvändning se bilaga 4 samt förslag på omvårdnadsdiagnoser se bilaga 5.

RIKTLINJER VID JOURNALFÖRING

Genom enhetlighet, tydliga termer och instruktioner möjliggörs uppföljande mätningar samt förbättringar. Enhetliga sökord behöver finnas inlagda i datorsystemet och distriktssköterskor behöver vara förtroagna med innebörden av dessa. Journalföring sker i övrigt enligt gällande lagar och riktlinjer.

STRUKTURMÅTT

Har distriktssköterskorna på arbetsplatsen alternativt du (ja/nej):

- adekvat kunskap i farmakologisk omvårdnad (t ex gått CeFAMs kurs ”Säker läkemedelsanvändning bland äldre”)?
- möjlighet till kontinuerlig fortbildning inom området farmakologisk omvårdnad?
- tillgång till relevanta hjälpmedel:
 - för riskbedömning av läkemedelsanvändningen - SMA[®]?
 - för bedömning av patientens njurfunktion?
 - för bedömning av risk för interaktioner?
 - för omvårdnadsåtgärder - Åtgärdslista?
- riktlinjer för journalföring?

PROCESS (HUR BEHÖVER DISTRIKTSSKÖTERSKAN ARBETA)

Distriktssköterskan förebygger, identifierar och åtgärdar riskfaktorer samt följer upp den äldres läkemedelsanvändning med hjälp av verktyg beskrivna i strukturen. Målgruppen kan vara patienter som är nyutskrivna från andra vårdenheter och där en förändring i hälsotillstånd och/eller läkemedelssituationen har uppstått eller att husläkare, kollegor eller andra vårdgivare har önskemål om en bedömning t ex vid misstanke om brister i patientens förmåga att hantera sina läkemedel. Det kan också handla om en rutinmässigt användande av SMA i samband med hälsosamtal med äldre, inskrivning i hemsjukvård eller vid hemkomst från sjukhus (även i samband med utskrivning från sjukhus).

Exempel på åtgärder som kan komma ifråga är information och undervisning om läkemedelsindikationer, administrationsformer, doshjälpmedel, hur sväljningssvårigheter av läkemedel kan avhjälpas, metoder och rutiner för att komma ihåg sina läkemedel och lämplig förvaring. Det kan även handla om stöd och samtal om alkoholvanor och fallförebyggande åtgärder. Då distriktssköterskan gjort bedömningen att det kan finnas minnessvårigheter bör patienten erbjudas ett MMSE-SR / MMT (mini mental test). Det kan även bli aktuellt med receptförskrivning, övertagande av läkemedelsdosering eller läkemedelsadministration samt samordnande insatser av administreringen (se åtgärdslista bilaga 4). Utifrån bedömningen är samverkan och kommunikationen med patientansvarig läkare och eller annan berörd personal också en viktig del. Journalföringen sker enligt riktlinjer.

PROCESSMÅTT

Processmått tas fram genom utdrag av kvalitetsdata ur journalen enligt befintliga system eller genom manuell journalgranskning. För exempel på mått se nedan (du kan välja ett eller flera).

Andel patienter/äldre med läkemedelsbehandling som fått:

- SMA[®]-riskbedömning (definiera målgrupp t ex patienter inskrivna i hemsjukvården, patienter utskrivna från sjukhus, 75-åringar i samband med hälsosamtal)?
- en uppföljande SMA[®]-riskbedömning (dvs. om ej maximal poäng vid den första SMA[®]-riskbedömningen)?
- åtgärder relaterade till identifierade risker?
- bedömning av njurfunktion?
- bedömning av risk för interaktioner?

Andel patienter/äldre:

- med säker läkemedelsanvändning
- med färre riskfaktorer vid en uppföljande SMA[®] bedömning dvs. bättre förutsättningar för en säker läkemedelsanvändning.

RESULTAT (VAD SOM BEHÖVER UPPNÅS FÖR PATIENTEN/DEN ÄLDRE)

Resultatet av att distriktssköterskorna har adekvata förutsättningar samt arbetssätt när det gäller patienternas alternativt de äldres läkemedelsanvändning är att denna blir så säker som möjligt i varje enskilt fall. Patientens/den äldres egen subjektiva bedömning och upplevelse av sin läkemedelsbehandling är en viktig kvalitetsaspekt för att uppnå säker läkemedelsanvändning. I denna vårdutvecklingsplan har nedan patientfrågor prioriterats.

Patienter/äldre:

- upplever att de har adekvat kunskap om sina läkemedel dvs. vet vilka läkemedel som ordinerats, inkl. läkemedel vid behov och för vilka sjukdomstillstånd respektive läkemedel används samt respektive läkemedels administrationsform och dos (undantaget patienter/äldre med kognitiv svikt eller demenssjukdom)
- är nöjda med sin läkemedelsbehandling

RESULTATMÅTT

Andel patienter/äldre

- som upplever adekvat kunskap om sina läkemedel (undantaget patienter/äldre med kognitiv svikt eller demenssjukdom)
- som är nöjda med sin läkemedelsbehandling

Du kan också välja att själv ställa nedan frågor till patienten t ex i samband med uppföljning av läkemedelsanvändningen samt journalföra svaret.

1. Upplever du att du har tillräcklig kunskap om dina läkemedel (undantaget patienter/äldre med kognitiv svikt eller demenssjukdom)
2. Är du nöjd med din läkemedelsbehandling

REFERENSER

- Banning, M. (2004). Enhancing concordance with prescribed medication in older people. *Nursing Older People*, 16, 14-17.
- Banning, M. (2006). Medication errors: professional issues and concerns. *Nursing Older People*, 18, 27-32.
- Bergman-Evans, B. (2006). AIDES to improving medication adherence in older adults. *Geriatric Nursing*, 27, 174-182.
- Bergman, U., Ulfvarson, J., von Bahr, C. (2005). Läkemedelsbiverkningar som orsak till inläggning på sjukhus (Medicinskt programarbete). Stockholm: FORUM för Kunskap och gemensam Utveckling.
- DeBrew, J.K., Barba, B.E. & Tesh A.S. (1998). Assessing medication knowledge and practices of older adults. *Home Health Care Nurse*, 16, 686-691.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2000). VIPS-boken: om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen. Stockholm: SHSTF.
- Eldh, A.C., Ekman, I., Ehnfors, M. (2006). Conditions for patient participation and non-participation in health care. *Nursing Ethics*, 13, (5), 503-14.
- FASS Farmaceutiska specialiteter i Sverige (2007). Läkemedelsindustriföreningen, LIF.
- Fastbom, J. (2006). Äldre och läkemedel. Stockholm: Liber.
- Gurner, U., Fastbom, J., Hagman, L., Shah-Shahid, Z. (2006). Styckevis och delat Hur fungerar informationsöverföring och läkemedelshantering för utskrivningsklara multisjuka i Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge (Rapporter, nr. 7) Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Hage, A.M. & Lorensen, M.A. (2005). A philosophical analysis of the concept empowerment; the fundament of an education-programme to the frail elderly. *Nursing Philosophy*, 6, (4), 235-46.
- Haynes, R.B., Yao, X., Degani, A., Kripalani, S., Garg, A. & McDonald, H.P. (2005). Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD000011.
- Ihre, T. (Red.). (2005). Enligt ordination – om bättre läkemedelsanvändning. Lund: Studentlitteratur.
- Janus Fönster. Tillgänglig från URL adress. 2007-03-18. <http://www.janusinfo.se>
- Kragh, A. (Red.). (2005). Äldres läkemedelsbehandling – orsaker och risker vid multimedcinering. Lund: Studentlitteratur.
- Kloka Listan – Medveten läkemedelsbehandling för största patientnytta. Tillgänglig från URL adress. 2007-03-24. <http://www.janusinfo.se>

Landstingsstyrelsens förvaltning. (2006) Strategi för läkemedelsarbetet inom Stockholms läns landsting – nuläge samt prioriterade områden för 2007 (0605-0895). Stockholm: Landstingsstyrelsens förvaltning.

MacLaughlin, E.J., Raehl, C.L., Treadway, A.K., Sterling, T.L., Zoller, D.P. & Bond, C.A. (2005). Assessing medication adherence in the elderly. *Drugs Aging*, 22, 231-255.

Mayo, A.M. & Duncan, D. (2004). Nurse perceptions of medication errors: what we need to know for patient safety. *Journal of nursing care quality*, 19, 209-217.13

McDonnell, P.J. & Jacobs, M.R. (2002). Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. *The Annals of Pharmacotherapy*, 36, (9), 1331-1336.

Nanda International (2011). *Omvårdnadsdiagnoser enligt NANDA – definitioner och klassifikation 2009-2011*. Lund: Studentlitteratur.

Nätverk i Svensk sjuksköterskeförening. Nätverket för sjuksköterskor inom klinisk farmakologi. Tillgänglig från URL adress. 2007-03-24. <http://www.farmakologinatverk.se>

Roose, S.P. (2003). Compliance: the impact of adverse events and tolerability on the physician's treatment decisions. *European Neuropsychopharmacology*, 13, 85-92.

Ryan, A.A. (1999). Medication compliance and older people: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 153-162.

Ryan, A.A., Chambers, M. (2000). Medication management and older patients: an individualized and systematic approach. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 732-741.

Simonsen, T., Aarbakke, J. (2001). *Illustrerad farmakologi 1*. Stockholm: Natur och Kultur.

Socialstyrelsen. (2003). Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi. (Kunskapsöversikt, artikelnummer: 2003-110- 20). Stockholm:

Socialstyrelsen. Tillgänglig från URL adress. 2007-03-24.
<http://www.socialstyrelsen.se/publicerat/2004/1578/2003-110-20>.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. (2001). *Äldres hälsa och välbefinnande. En utmaning för folkhälsoarbetet (Folkhälsorapport)*. Stockholm: Projektet Äldre och folkhälsa.

Ulfvarson, J., Bardage, C., Wredling, R. A-M., von Bahr, C., Adami, J., (2007). Adherence to drug treatment in association with how the patient perceives care and information on drugs. *Journal of Clinical Nursing* 16, (1), 141-148.

Willman, A. & Stoltz, P. (2002). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

WHO 2003: April. *Adherence to long-term therapies – Evidence for action*.

BILAGA 1: LÄKEMEDELSBEHANDLING AV ÄLDRE OCH SJUKSKÖTERSANS

FUNKTION

De äldre konsumerar de största kvantiteterna läkemedel men är samtidigt ökat känsliga för dem vilket är en kombination som gör att risken för biverkningar och interaktion ökar (Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2001; Fastbom, 2006). Socialstyrelsen har arbetat fram ett förslag till kvalitetsindikatorer (Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi – Socialstyrelsens förslag 2003-110-20) ämnade att höja kvaliteten på läkemedelsordinationen och minska direkt olämplig medicinering av äldre. Grunderna för god läkemedelsanvändning hos äldre är att: indikation för behandlingen finns, sjukdomen eller symptomen påverkas av behandlingen och att behandlingen ger så få biverkningar, eller annan slags olägenhet, som möjligt (Socialstyrelsen, 2003).

Läkemedelsrelaterade problem

När en patient använder fem eller fler läkemedel brukar man tala om polyfarmaci. En ytterligare definition på polyfarmaci är när patienten ordinerar fler läkemedel än han eller hon egentligen behöver. Polyfarmaci ökar risken för biverkningar, interaktioner och patientens följsamhet till ordination minskar. Om en patient har tre eller fler läkemedel, med tre eller fler doseringstillfällen, är risken för medicineringsfel 60-70 % (Fastbom, 2006).

Orsaker till polyfarmaci är flera: bristande kunskap om normala förändringar hos äldre som tros behöva behandling, att vissa tillstånd hos äldre bör behandlas icke-farmakologiskt, symptom behandlas istället för bakomliggande orsaker, biverkningar av ett läkemedel misstolkas för symptom och resulterar i behandling med ännu ett läkemedel (Fastbom, 2006). Ytterligare orsaker är att läkemedelsordinationer inte följs upp, omprövas och utvärderas, flera läkare ordinerar utan att känna till varandras ordinationer, att varje symptom behandlas var för sig istället för att se till hela patienten och att det oftast saknas rutiner för att regelbundet gå igenom den äldres behandling (Fastbom, 2006). I en rapport från Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (2006) såg man också att patientens läkemedelslista i journalen inte alltid var uppdaterad utifrån patientens aktuella läkemedelsanvändning (Gurner, Fastbom, Hagman & Shah-Shahid, 2005).

Läkemedelsinteraktioner och biverkningar

Av alla sjukhusinläggningar är troligen 10-20 % orsakade av läkemedelsbiverkningar och dessa patienter har en högre dödlighet än patienter som läggs in av andra orsaker (Fastbom, 2006). De flesta av dessa biverkningar, 62,5 %, som lett till sjukhusinläggning är direkt dosberoende eller resultatet av en bristande uppföljning av patienten och är därför potentiellt förebyggbara (McDonnell & Jacobs, 2002).

Risken för läkemedelsinteraktioner ökar vid polyfarmaci. Läkemedel kan interagera med varandras farmakokinetik dvs. omsättning i kroppen – absorption, metabolism, distribution och elimination. Interaktionen kan leda till att koncentrationen av läkemedlet blir för hög – med risk för biverkningar eller för låg – med minskad eller utebliven effekt (Fastbom, 2006). Av stor klinisk betydelse hos äldre är njurfunktionsnedsättning. En frisk 75-åring har ungefär halva njurfunktionen jämfört med en frisk 20-åring. Det är viktigt att känna till att det vanligaste testet på njurarnas funktion, serum-kreatinin, kan vara normalt trots att njurfunktionen är nedsatt. Detta beror på att muskelmassan, och därmed bildningen av kreatinin, minskar med stigande ålder (Fastbom, 2006). Ett betydligt bättre mått på njurfunktionen är kreatininclearance (Kragh, 2005). Vanliga läkemedel som berörs av denna nedsättning i njurarnas filtrationshastighet är digoxin, metformin och

ACE-hämmare. Nedsättningen ökar också sannolikheten för störningar i vätske- och saltbalansen hos äldre (Kragh, 2005). Läkarens förskrivning och patientens läkemedelsanvändning behöver därför kontinuerligt stämmas av mot patientens njurfunktion för att säkerställa att patienten får rätt dos.

En person räknas som följsam då vederbörande är överens med sin behandling och förstår hur dessa skall tas på ett korrekt sätt (Ryan, 1999). Under de senaste trettio åren har en mängd studier genomförts för att studera patienters följsamhet och dess påverkande faktorer (Haynes, Yao, Degani, Kripalani, Garg & McDonald, 2005). Flertalet av dessa studier har fokuserat på patientens följsamhet kopplat till en säker medicinering (Ryan, 1999; Roose, 2003; Mayo & Duncan, 2004; MacLaughlin, Raehl, Treadway, Sterling, Zoller, Bond, 2005; Banning, 2006; Bergman-Evans, 2006). När olika läkare ordinerar utan att ta hänsyn till varandras ordinationer kan detta medföra biverkningar och interaktioner som påverkar patientens följsamhet till ordinationen. Följsamheten till ordinerade läkemedel vid långtidsmedicinering är högst 50 % (WHO rapport, 2003; Fastbom, 2006). I WHO-rapporten *Adherence to long-term therapies – Evidence for action* (2003) bekräftas betydelsen av att förbättra patienters följsamhet. Ur WHO-rapporten (2003) citeras "Att öka effektiviteten av följsamhetsinterventioner kan ha mycket större effekt på populationens hälsa än någon förbättring av specifika medicinska behandlingar".

Sjuksköterskans roll inom klinisk farmakologi

Sjuksköterskan ansvarar inte enbart för säkerheten i läkemedelshanteringen utan är också den som finns närmast patienten och lättast fångar upp läkemedlens effekter, eventuella biverkningar och interaktioner (Simonsen & Aarbakke, 2001). En annan betydelsefull del av det farmakologiska omvårdnadsarbetet för sjuksköterskan är som förmedlare av läkemedelsinformation till patienter och anhöriga (Simonsen & Aarbakke, 2001). Sjuksköterskans roll är också "att underlätta/medverka till patientens ansvarstagande och självständighet i läkemedelsbehandlingen. Patientens egna resurser behöver lyftas fram och stärkas men det är även viktigt att se begränsningar för att kunna uppmuntra patientens egna val till agerande och hantering.

Patientens egna val kan skilja sig från sjuksköterskans men i begreppet farmakologisk omvårdnad ligger att sjuksköterskan och patienten tillsammans kritiskt granskar och förhandlar om de olika valmöjligheterna och det står sedan patienten fritt att göra sina egna val (Ryan & Chambers, 2000; Hage & Lorensen, 2005). Enligt en studie bidrog följande faktorer till att patienten kände delaktighet: när patienten visades respekt, när kunskap delades mellan patient och personal och när vårdgivaren lyssnade in patientens kunskap och känslor inför sin sjukdom och behandling (Eldh, Ekman & Ehnfors 2006). Patienten upplevde ickedelaktighet vid de tillfällen då han eller hon inte fått tillräcklig information eller en icke individanpassad information s.k. standard- eller rutininformation eller där han eller hon blivit behandlad som en sjukdom och inte som en individ. En patient som känner sig delaktig i sin behandling har visats sig följa läkemedelsordinationen i högre grad än de som inte känner samma delaktighet (Ulfvarson, Bardage, Wredling, von Bahr & Adami, 2007).

Systematisk uppföljning av läkemedelsanvändningen med hjälp av bedömningsinstrument

Som en självklar del i läkemedelsbehandling ligger uppföljningen. Den är en omistlig del av läkemedelsbehandlingen för att vårdgivaren ska komma underfund med var patienten "befinner sig". Det förekommer ofta att ingen uppföljning sker förrän vid nästa läkarbesök vilket kanske är ett år framåt i tiden. Professionen har då ingen kännedom om hur användningen ser ut och patienten har inte fått någon stöttning i sin användning (Ihre,

2005). Här har sjuksköterskan en given roll att stödja patienten, observera och få insikt i orsaker till bristande säkerhet i patientens läkemedelsanvändning (DeBrew, Barba & Tesh, 1998; Banning, 2004). Till sin hjälp i uppföljningen kan sjuksköterskan använda bedömningsinstrument som underlättar genom att bedömningen och uppföljningen av patientens läkemedelsanvändning blir mer systematisk. Vid upptäckt av bristande säkerhet finns en rad individualiserade åtgärder att vidta, kända för att förbättra en komplicerad medicinering. Dessa är enligt Banning (2004) bl a att förse patienten med skriftlig information om hans eller hennes läkemedel och instruktioner för hur biverkningar kan mildras, ha en diskussion med läkaren om att om möjligt förskriva långverkande läkemedel för att reducera antalet doseringstillfällen, uppmuntra till att förskriva enligt kvalitetsindikatorer och att inkludera patienten i diskussion med läkaren för att höja patientens delaktighet i sin behandling.